

心理臨床実践における“困り方”、「いかに困るか」*

佐藤 忠 司

(新潟心理相談システム)

1) 私の初体験、「困り」を覗き見る

「どうしたらいいのか…、いま、…困っている…」。
先生はうつむき加減にぼそぼそつぶやいた。昭和38年1月、私は千葉縣市川市の国立精神衛生研究所の研修会に参加した。講師は佐治守夫・玉井収介・片口安史・田頭寿子の4先生ら。冒頭の一コマは、ある日、質問に伺った時の佐治先生の様子です。

「今、クライアントに会ってきた」。「体験してきたこと、この感激を、文章にして再現することがどうしても、うまくできない…」。「記録してみると、面接時の感銘はどこかへ消えてしまう」。「文章としてあらわす事ができない」。…しばらく言葉が二人の間から消えた。一人の心理臨床家の生々しい「困り」をライブで見せてもらった。でも、私はこの時は、それほど大切なことをなまに体験させてもらっているとは思わなかった。この一コマが次第次第に心に響いてきたのは、数年後、こちらのほうの経験が積み重ねられてからであった。

2) 心理査定の依頼と「困り」体験

心理臨床の仕事は心理査定の依頼を受けることから始まります。ある時は心理検査名の羅列された伝票のみの連絡であったり、丁寧に依頼内容の記載されたものであったりする。前者の場合、心理査定の開始は難しい。テストバッテリーの構成手法に含まれている人間理解の勘所への留意が、なされていない可能性が強いと推察されるからです。心理査定の仕事を開始する際は、依頼者に質問して具体的な依頼の内容を確認し、心理査定実施者側の「困り」感を消さなくてはならない。

心理査定の依頼内容は、病院の場合、依頼を出してくる医師側が、臨床心理士の使い方に慣れてきて、また臨床心理士の実力を認めだしてきて、はじめて高水準の依頼をおこなってくるようです。これは我々にとって嬉しいことと思ってください。

確かに、ある時は依頼の内容が高すぎたり、広範

な情報の集約を求められたりで、困ってしまうこともあります。困った末、その依頼を断ることもできます。しかし皆さんは、この際の「困り」体験から逃げ出さないでほしいと思います。「困り」と格闘することから次の一歩が始まります。

例えば「妄想の有無について」と依頼を受けたとしましょう。ロールシャッハ・テストを実施できる臨床心理士であるならば、すぐワトキンスのΔ値を計算しようかと思うかもしれません。しかし私の場合、「妄想思考」の有無の検討は一筋縄にはまいりませんでした。テストをいかに組み合わせても、TATやSCITからも情報を集めてみても、妄想の姿を確認できないことが頻繁にありました。

病態に「妄想」を持っているクライアントが、他者に対して常時その妄想内容を伝えるとは限りません。逆にそれを周りの人たちに話すことで、自分自身が不利益を被ることをすでに知っていて、意識して隠すことがあります。我々の施行する心理査定の各技法は、言葉をなかだちとします。単純な施行手引書の会話手法ではクライアントの自己防衛的な“妄想隠し行為”を乗り越えることは難しいと思います。このような状況での「困り」を乗り越える工夫も身に着けることが、我々に求められるのです。

3) 質問「知能とは何か」

まだ病院勤務して日が浅かったある日、年配の医師から質問を受けました。「昔、医学部の講義で知能はabilityという風に習ったんだけど、君たちのやる知能検査のIQ値は急に変化する。知能が能力なら、その数値は簡単に変化しては困るのではないか」、「なぜIQ値は短時間に変化するのか」。

さて困ったなー、…しばらく考えてみた。心理学の講義で習ったような、習ってないような、あいまいな状態であったけども、とっさに次のように説明してみた。「先生、IQというのはabilityを表してい

6 心理臨床実践における「困り方」、「いかに困るか」

るものではないのです。そのとき、その人の知的な働き具合を表しているのです」と。そしてひとつの臨床例で説明しました。

先日入院してきた統合失調症の弁護士さんの入院時の知能検査では、IQが75でした。その方が治療を受け3か月経過したのち再検査時のIQは135でした。病状が悪化していた入院直後では、その方の対人場面での知的燃焼度は低下していましたが、治療が成功したため知的な効率が回復したと考えれば、このIQの上昇は了解できるのではないのでしょうかと、この時説明してみた。「そうか、IQは能力そのものの値でなくて知的効率の値か」。先生から納得していただいた。

4) 依頼目的を読む怖さ、挑戦する楽しさ

ある内科医から「病的症状が改善されたかどうか。数値で示してください」という依頼が回ってきた。依頼目的の内容は、我々と依頼者の専門領域が離れるにしたがって、思いがけないリクエストが提出されることがよくあります。心理臨床学の現状からみて、力が及ばせんと両手を上げざるを得ないようなものもあります。

ある時、ある弁護士事務所から「今、高裁である方の弁護を引き受けています。地裁の鑑定ではいくつかの心理検査で異常が指摘されています。しかしBGTのデータのみ全く正常だと判断されています。このBGTのデータを足掛かりとして無罪を勝ち取ることができるでしょうか」と、我々の知識（テストバッテリー論）と力量の範囲を超える相談が飛び込んできたこともありました。

依頼目的を見て、そこに何らかの「困り」を感じない臨床心理士は、プロとしての感性に問題があると思います。依頼目的には無限の広がりや深さがあります。それからしっかりと刺激される心を、我々は持ちたいものだと思います。

5) 心理査定結果が変化しないとき

ある日、病棟主治医から質問が出ました。「この前、依頼した患者のデータを見ましたが、臨床的な病状の改善がデータでは示されていないようです。これをどう理解すればよいのですか」と。

ロールシャッハ・データは、精神障害者の病状の変化と一見、相関していないかのような数値変化を示すことが、往々見られます。しかしこの数値のありさまは、困惑することではありません。心理査定

データの深い意味がそこに暗示されています。この「困り」こそ、一歩深い人格論への招待の第一歩なのです。

ロールシャッハ・データが、表面上は改善しているかのように見えているが、病態は悪化の兆候が暗示されていることがあります。逆に、臨床的に改善されているのに、データ上は全く改善が見られないこともあります。前者は統合失調症の発症初期時にみられることが多く、後者は同症の慢性経過時のデータであることが多いようです。

また統合失調症で、病態改善が予想されるのに、データがある水準でとどまってしまう場合も経験します。この患者さんにとっては、その水準が心の居場所（心の母港）として現在は快適、そこで一旦体調を整えて次の飛躍を目指しているのだと読んでみることもあります。

6) カウンセリング関係の開始と終了

カウンセリングの開始はスムーズであっても、終了は千差万別です。家族の意向から2回目で中断になったり、進学で終了になったり、入院で中断したり、ある症例では治療同盟を築き上げることができなくて、すぐ終わってしまったり、時にはクライアント側の治療者への前のめり感に辟易して、臨床心理士側がエスケープすることもあります。またカウンセリングを開始するときに、契約期間を決めて対応している方もあるようです。そのほうが終了時に「困り」が発生しないからです。確かに終了時、カウンセラーもクライアントも真剣に「困り」ながら、双方で終了を模索すること多いようです。以下にいくつかの終わりの姿をお見せしましょう。

「ありがとうございました。お陰様で元気になりました。今後ともよろしく願いいたします」。この挨拶がなされる終了の時は、まだ改善がしっかり行われていないときと私は考えています。こちらへの依存感がそこにまだあるからです。いつの間にか来室しなくなった。予約も入らなくなった。クライアント自身、なぜか足がこちらに向かなくなったのです。そのとき本人も理由がわからない。幽霊のように我々の前から消えてしまう。そして…数年後、突然来室する。キャンセルの連絡なしで終わりにしたことを詫言います。

私はこのほうが、カウンセリングの改善の形として本物だと思います。無断キャンセルの時は、本人にも自らの健康の回復について確認ができていなか

った時のことが多いようです。自らの回復を自分で認められるのは、数か月、時には数年後になります。当方への感謝の表明はそののちになるようです。これを感謝の“ずれ込み現象”と私は名付けています。

正月には、以前来室していたクライアントから年賀状をいただくことがあり、最初の時、私は返信いたしますが、数年後からは、ほとんどの人たちに意識して返事をしないことにしています。私のことを忘れてほしいからです。しかし数人の方には返事を差し上げています。カウンセリング関係から、普通の知り合いに関係が変容しているように感じられる場合、年賀の挨拶を終わりにすることが難しいからです。この方たちは社会人として堂々と活躍しています。その意味で付き合いをおこなってゆくつもりです。

しかし、どの方とは継続してゆくか、どの方とは終わりにするかについて、こちらは考え込むことになります。クライアントのこちらへの依存は終わりにしたい。意識することなく、その人の生活習慣が変わってゆく、日々の送り方が変わるとよいのだが、と思いつつ面接が続いてゆくこともあります。

ある時はクライアントの100%治してほしいという想いにたいし、この辺から先は一人で歩いてごらんと突き放すこともあります。クライアントの邪魔をしないのも我々の腕前の一部です。カウンセラーの「しっかり治してやりたい」の考えが、こちらの完璧癖であってはいけません。それはクライアントの自立を遅らせてしまいます。

7)「困り」が解決したとき、種明かしは必要か

ある日、小児喘息児病棟に出勤して、その日の仕事について依頼を受けました。「この病棟では、子供たちを土曜日に帰宅させます。子供たちは日曜の夕方、病棟に帰ってきます」。「私たちは子供たちと家族が少しでも一緒に居れるよう、このような取り組みを始めているのですが、実は困ったことが起きています」。「ある子の場合、家に帰ると必ず発作を起こし戻ってきます」。看護婦も私（主治医）もいろいろ対応しているのですがどうも駄目です」。「すみませんが母親指導をお願いします」。

毎週月曜日に母親面接がはじめられた。当初、お母さんは“息子の発作が起きるのは、自分の家での接し方が悪いのではないか。どのように直せばよいでしょうか。教えてください”と繰り返した。数週間後、いつの間にか家のなかのいろいろのことも

話し始めた。

「私どもは農村部の町で、問屋をやっています。従業員は10名ほどで、住み込みの者も数名おります。会長が父で、主人が専務。嫁の私が勝手仕事や店裏のごたごた仕事を、全部かたずけています。ひっきりなしに困ったことが起きるのですが、主人は店の仕事が忙しいといって、私の話はまじめに聞いてくれません。困ってしまいます。イライラし通します」。

3・4週間を経過したある日、お母さんは急に「先生、すみません。思い違いをしていました。ぜんそく発作が起きないよう、お話を伺うはずだったのに、間違っって自分の家の愚痴話を話してしまいました」と詫びた。私は「どうぞ、どんなことでもお話しください」と告げ、お母さんとの“脱線話”はこの後も続けられた。

その後しばらく後に、病棟婦長からこの少年の帰院時発作が無くなったことが報告された。お母さんからはこのころ、「なぜ発作が無くなったのでしょうか」と質問された。私は「発作が止まってよかったですね」と答えるのみにとどめてみた。発作が止まったことについての種明かしらしいことはおこなわなかった。お母さんは「なぜ、発作は止まったのでしょうか」としきりに尋ねてきた。

種明かしをすることは、お母さんの頭の中に、小児喘息の持っている心身症的連鎖の学習に手を貸すことになる。“改善”が進行し始めたとき、それがなぜ始まったのかを伝えることは、その後の改善の妨げになる。お母さんの心の中に論理的処理機序を構築してはならないと考えている。

8)両方から「困り」の解決を依頼される

ある時、非行少年を扱っている専門機関から電話を受けた。「あるクリニックにカウンセリングを依頼していたのですが、どうも思わしくありません。少年自身もそのカウンセリング・ルームのやり方に違和感を持ってるようで、休んでばかりです。先生のところに通わせようと思うのですが、お許しくださいますか」と。

少年は来室初日、次のように話してくれた。「今までのところは毎回、生活習慣について目標を立てさせられました。次に行ったとき、それがうまくいったかどうか調べられます。うまくいってないときは、反省させられます。新たに次の目標が立てられ、繰り返し努力させられます。目標に達しなかった時

は怒られているようで嫌いです。僕は劣等生ですの
で、そのことがうまくできません。また駄目なのか
と言われそうで、休みたいです」と。

そのカウンセリング・ルームは、目標の設定に余
裕を持たしていなかったようだ。カウンセラーは目
標の設定役・結果の確認役であったが、少年の心の
支援者ではなかったようだ。少年は不安と挫折感に
押しつぶされそうになっていた。この状況から少年
を救うことが私の仕事の第一歩となった。課題解決
型の取り組みは中止した。本人の話題選びによる自
由な対話の開始・継続をまず企画した。しばらくし
て、少年の笑顔が戻ってきた。

9) 調査される、質問を受ける

ある日、ふとその中学生の困惑を感じて「学校へ
行けないのは辛いよなー」と軽い気持ちで相槌をう
った。

「先生、不登校を経験したことのない人には、僕
の気持ちなんかわかりませんよ」と、彼は強い口調で
反発した。

「俺は小学校1年生から2年生にかけて、体が弱
くて半分以上学校に行けなかったんだ」、「だからお
前の気持、わかるつもりなんだけど…」と話してみ
た。

その時、彼の眼がきらっと光った。みるみる表情
に力が表れてきた。

「先生、本当に学校を休んでいたんですか」と何
回も繰り返した。次いで「どうして行き始めたんで
すか」と質問してきた。それから来室時には何回も
聞き直しながら、「簡単に行けましたか」、「なぜ行
けるようになったんですか」、「また行き始めたとき、
いじめられませんでしたか」と質問攻めを始めた。
クライアントから調査を受けるとは、この時まで思
いもよらなかった。少々戸惑った。

終いには私のことを、「先生は不登校児の大先輩
です」と冷やかした。「大人になってからは元気に
生活しているけど、昔は大変だったんですね」と、
私の回復の足取りを調査し続けた。日一日とその調
査は進んだ。次第に中学生らしいヤンチャぶりも現
れるようになった。彼は自分が不登校であることを
忘れ、私の調査に熱中した。特に彼が関心を持った
のは、再登校の開始第一日目をどうして乗り越えら
れたかであった。ついに「その時の心の大変さを乗
り越える研究をしたい」と言い出した。「それ大論
文になりそうか」と私が冷やかしながら質問すると、

「はい、立派な論文にします」とにっこりした。

彼は高校に進学後、「2年休学した友達です。彼
を助けてやってください」と二歳年上の同級生を紹
介してきた。その友達がぐずぐずしていると、私の
ところまで同道してきた。

参考文献

佐藤忠司 (2008)：心理面接者の「つぶやき集
合」の収斂過程について、『新潟青陵大学大学院・
臨床心理学研究』2, 25～36

佐藤忠司 (2016)：テストマニュアルに書かれて
いないこと「いまだ十分検討されていない心理査定
法の注目点」、『ロールシャッハ研究』20, 50～56

* 本稿は、平成28年3月27日に行われた、新潟青陵
大学大学院臨床心理学科主催による学術研究会の講
演概要を佐藤忠司先生のご許可を得て掲載したもの
です。掲載にあたっては、講演内容から加筆・省略
された箇所もあります。